

身心障礙證明申請表

一、個人基本資料

縣市		鄉鎮市區			照片黏貼處
申請項目	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明申請	<input type="checkbox"/> 1. 初次申請 <input type="checkbox"/> 2. 異議複檢(評) <input type="checkbox"/> 3. 屆期重鑑 <input type="checkbox"/> 4. 自行申請變更(須檢附3個月內診斷證明書) <input type="checkbox"/> 5. 再次申請(須檢附3個月內診斷證明書) <input type="checkbox"/> 6. 無須重新鑑定換證 <input type="checkbox"/> 7. 指定期日換證			
姓名		身分證統一編號			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期		民國	年 月 日
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 <input type="checkbox"/> 市 市區 里 鄰 街 段 弄 樓				
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 <input type="checkbox"/> 市 市區 里 鄰 街 段 弄 樓				
公文送達地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 市 市區 里 鄰 街 段 弄 樓				
聯絡電話		手機			
傳真		電子信箱			
教育程度	<input type="checkbox"/> 1. 不識字 <input type="checkbox"/> 2. 幼兒園 <input type="checkbox"/> 3. 小學 <input type="checkbox"/> 4. 國中 <input type="checkbox"/> 5. 高中(職) <input type="checkbox"/> 6. 專科 <input type="checkbox"/> 7. 大學 <input type="checkbox"/> 8. 碩士(含以上)				
職業狀況	<input type="checkbox"/> 1. 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 2. 工礦 <input type="checkbox"/> 3. 商 <input type="checkbox"/> 4. 軍公教 <input type="checkbox"/> 5. 服務業 <input type="checkbox"/> 6. 自由業 7. 無(<input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 不在學) <input type="checkbox"/> 8. 其他:_____				
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1. 獨居 <input type="checkbox"/> 2. 與家屬同住 <input type="checkbox"/> 3. 機構名稱:_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他:_____				
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 1. 一般戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 低收入戶				
溝通方式	<input type="checkbox"/> 口語 (<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家話 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其他:) <input type="checkbox"/> 筆寫 <input type="checkbox"/> 口譯 <input type="checkbox"/> 手語 <input type="checkbox"/> 其他:				

照顧負荷狀況	<input type="checkbox"/> 1. 家中尚有其他 35 歲以上身心障礙者， 位 <input type="checkbox"/> 2. 家中尚有其他 35 歲以下身心障礙者， ____位 <input type="checkbox"/> 3. 家中尚有 65 歲以上老人（非身心障礙者） <input type="checkbox"/> 4. 家中無其他身心障礙者
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天（出生即有） <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 其他
致障時間	民國_____年

二、聯絡人

姓名		出生日期	年	月	日				
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚（稱謂： ） <input type="checkbox"/> 安置機構人員 <input type="checkbox"/> 其他（請說明： ）								
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他								
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡手機						
	居住地址	□□□	縣	鄉鎮	村	路	段	巷	號
		市	市區	里	鄰	街		弄	樓

三、主要照顧者【同聯絡人，以下免填】

姓名		出生日期	年	月	日				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他								
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚（稱謂： ） <input type="checkbox"/> 其他								
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡手機						
	居住地址	□□□	縣	鄉鎮	村	路	段	巷	號
		市	市區	里	鄰	街		弄	樓

四、本次鑑定障礙類別

